

مقاله علمی (تحقیقی)

عود آملوبلاستومای فک پایین در پیوند دنده اتوژن
(گزارش مورد)

دکتر جواد فاریابی *

چکیده

آملوبلاستومای فکین که غالباً در ۸۰٪ موارد فک پایین انسان را مبتلا می‌کند توموری است خوش خیم و بعضاً مهاجم که همواره به علت عود مجدد مورد توجه بوده و در حد ۹۰٪ - ۵۵٪ برای روش درمانی کورتاژ و انوکلیه کردن و ۱۵٪ - ۵٪ برای روش درمانی Resect کردن عامل تومور، شانس عود دارد، علاوه بر آن آملوبلاستوما در پیوندهای استخوانی اتوژن که با هدف بازسازی فک متعاقب Resect کردن بکار می‌رود، گرچه نادر است اما می‌تواند در آنها اتفاق افتاده و پیوند انجام شده را نیز با خطر مواجه کند. در این مقاله به گزارش یک مورد عود تومور آملوبلاستوما در پیوند دنده اتوژن در فک پایین پرداخته خواهد شد.

کلید واژه‌ها: آملوبلاستوما - فک پایین - عود تومور - پیوند استخوان اتوژن.

مقدمه

آملوبلاستوما شایعترین نئوپلازمی است که فکین را درگیر می‌کند و در حدود ۱٪ از کل تومورهای فک بالا و پایین و ۱۱٪ تومورهای ادنتوژنیک را شامل می‌شود. این تومور خوش خیم بوده و منشأ اپی‌تلیالی دارد و ممکن است از جسم مینایی، فولیکول دندانی، لیگامان پیرونتال، پوشش کیست‌های ادنتوژنیک و یا مغز استخوان فکین شکل بگیرد. آملوبلاستوما به دلیل رشد

* - استادیار و مدیر گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

تهاجمی و تمایلش به عود، مشهور است و میزان عود آن بسته به نوع جراحی که به جهت درمان تومور اولیه انجام شده و نوع میکروسکوپی تومور متفاوت می‌باشد. بسیاری از محققان بر این عقیده‌اند که شانس عود تومور یاد شده متعاقب انوکلیه کردن و کورتاژ بسیار بالاتر از زمانی است که جراحی Resection رادیکال جهت حذف آن در نظر گرفته می‌شود (۱ و ۲). عود آملوبلاستومای فک در پیوندهای استخوانی اتوژن انجام شده جهت بازسازی فکین، یافته‌ای نادر است و مکانیزم‌های مختلفی در خصوص روند عود این تومورها در محل جراحی اولیه و همچنین در پیوندهای استخوان اتوژن که به منظور بازسازی ناحیه بکار می‌رود ذکر گردیده که در این مقاله به آنها اشاره خواهد شد.

گزارش مورد

بیمار خانمی است ۳۷ ساله که سابقه جراحی ضایعه احتمالی آملوبلاستومای فک پایین سمت راست را در ده سال پیش همراه با پیوند دنده از سمت راست قفسه سینه می‌داد. در معاینه صورت بیمار غیر قرینه بوده و تومی به اندازه تقریبی سه در پنج سانتی‌متر با قوام استخوانی در ناحیه Body فک پایین وجود داشت در معاینه داخل دهانی توده‌ای از نسج نرم در همین ناحیه که حالت Flabby tissue داشت مشاهده می‌شد، اما رنگ و نمای مخاط ناحیه کاملاً طبیعی بود. آزمایش شمارش گلبولی اولیه بیمار نشانه‌هایی دال بر لکوپنیک بودن بیمار را داشت:

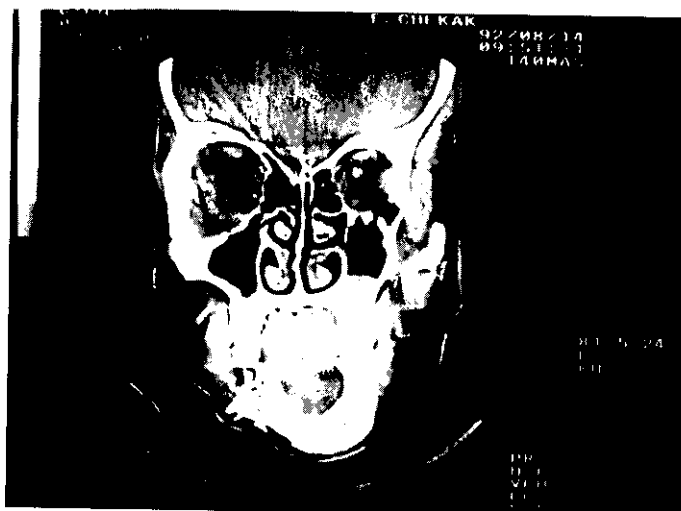
$WBC = 2/9 \times 10^3$ (P = ۳۴, L = ۳۵, M = ۶, E = ۶, B = ۲) ولی سایر یافته‌ها طبیعی بودند $RBC = 5/12 \times 10^6$, $Hgb = 13/3$, $Hct = 40/5$, $Pit = 269 \times 10^3$ ، لذا بیمار تحت آزمایشات مختلف از جمله HIV و هپاتیت قرار گرفت که جواب آنها منفی گزارش شد. همچنین در مشاوره هماتولوژی بیمار به علت وجود (Preperhal blood smear PBS) و هموگرام نرمال نیاز به BMAB (Bone marrow aspiration biopsy) و سایر بررسیهای هماتولوژیک منتفی شد، ضمن اینکه در انجام شمارش گلبولی مجدد در مرکزی که مشاوره هماتولوژی انجام شده بود میزان گلبول‌های سفید $3/2 \times 10^3$ گزارش شده بود، به‌علاوه نتایج آزمایشهای Alp, SGPT, SGoT, U/A, FBS, بیمار نیز طبیعی بودند.

در رادیوگرافی پانورامیک بیمار خوردگیهای (Bone resorption) متعدد در استخوان دنده پیوند شده در ناحیه Body فک پایین سمت راست که توسط سیمهای متعددی (Wiring osteosynthesis) طی عمل اولیه بیمار ثابت شده بود مشاهده می‌گردید. در سی تی اسکن تهیه شده از فک پایین بیمار نیز خوردگی و Erosion استخوانی ناحیه Body فک پایین و در

گرافت انجام شده قابل مشاهده بود. (شکل ۱ و ۲)



شکل شماره ۱ - رادیوگرافی پانورامیک بیمار مبتلا به عود آملوبلاستوما در پیوند دنده در فک پایین



شکل شماره ۲ - سی تی اسکن مقطع کروئال فک پایین مبتلا به عود آملوبلاستوما در پیوند دنده

تحت بیهوشی عمومی عمل بیوپسی Incisional از ناحیه پیوند دنده قبلی و ضایعه موجود در فک بیمار به عمل آمد که جواب پاتولوژی وجود Cystic ameloblastoma را در پیوند دنده اتوزن نشان می‌داد، علت انجام بیوپسی به روش Incisional غیر قابل اعتماد بودن مدارک بیمار منبئ بر ابتلای اولیه به آمولوبلاستوما بود که به این طریق تشخیص اولیه و همچنین عود تومور تأیید شد.

بحث

آمولوبلاستوما توموری است خوش‌خیم با منشأ اپی‌تلیالی که در بچه‌ها و افراد مسن نادر بوده و سن بیماران مبتلا به آن اغلب بین بیست تا پنجاه سال می‌باشد. از نظر جنس و نژاد در درگیری بیماران تفاوتی وجود ندارد، ۸۰٪ موارد آمولوبلاستوما در فک پایین و انحصاراً در ناحیه مولرها و راموس و اغلب با یک دندان رویش نیافته همراه است، مابقی ۲۰٪ موارد در فک بالا اتفاق افتاده و ناحیه توپروزیته ماگزایلا شایعترین محل آن می‌باشد (۱، ۳، ۴).

این تومور دارای منشأ اپی‌تلیالی بوده و فاقد کپسول می‌باشد و از نظر میکروسکوپی - بیولوژیک به چهار گروه تقسیم می‌شود.

گروه اول: آمولوبلاستوما ی Unicystic که اساساً یک ضایعه کیستیک است و پرولیفراسیون دیواره (یوشش کیست) می‌تواند Intraluminal و یا Intramural بوده و از نظر رادیوگرافیک یک رادیولوسنسی با محدوده مشخص و رشد کم باشد.

گروه دوم: آمولوبلاستوما ی Multicystic که می‌تواند تا اندازه‌های زیاد رشد کرده و به بافت‌های اطراف اینفیلتره شود که حتی شامل مناطق داخل جمجمه می‌شود، این گروه تمایل به عود و حتی متاستاز دارد.

گروه سوم: آمولوبلاستوما ی محیطی است که نوع بافت نرم آمولوبلاستوما ی مرکزی استخوان بوده و مخاط آلوتل را درگیر می‌کند ولی استخوان زیرین ناحیه هم به علت خوردگی ثانویه می‌تواند درگیر شود.

گروه چهارم: آمولوبلاستوما ی بدخیم یک نوع نادر از این تومور است که به صورت کلینیکی اکثریت بیماران (۷۵٪) با شکایت اصلی تورمی که بدون درد بوده و رشد آهسته‌ای داشته مراجعه می‌کنند. نشانه‌های آن ممکن است: دفورمیتی صورت، تورم (۷۵٪ موارد)، درد (۲۳٪ موارد)، مال

اکلوژن، لق شدن دندانها، دنجرها و بریج لق، زخم و بیماریهای پریودنتال باشد(۲،۵ و ۱).
 رادیوگرافی‌ها و تعیین محل آملوبلاستوما عوامل کلیدی در تشخیص صحیح هستند.
 رادیوگرافی Plain، پانورامیک، سی‌تی‌اسکن، MRI همگی به عنوان کمکیهای تشخیصی مفید
 می‌باشند و یافته‌ها ممکن است شامل: اتساع کورتکس همراه با حاشیه‌های دندانانه دندانانه
 (Scalloped)، نمای حباب صابونی یا مولتی لاکولر و یا خوردگی ریشه دندانها باشد، از
 سی‌تی‌اسکن جهت مشخص کردن توده‌های بافت نرم، تخریب کورتکس استخوان و گسترش
 تومور به بافت‌های مجاور استفاده می‌شود و MRI برای ارزیابی بافت سخت مفید نمی‌باشد ولی
 برای تعیین حاشیه‌ها و قوام تومور مفید است(۵ و ۱).

آملوبلاستوما توموری خوش خیم و موضعاً مهاجم است که تمایل زیادی به عود، متاستاز و
 حتی تغییرات بدخیمی دارد و اگر به میزان کافی برداشته نشود دارای درجه عود بالایی می‌باشد.
 عود موضعی ممکن است در بیمارانی که حتی درمان جراحی اولیه رضایت‌بخش داشته باشند
 اتفاق افتد، همچنان که تومور عود می‌کند بیشتر مهاجم شده و حتی می‌تواند به ضایعه‌های تبدیل
 شود که از یک سارکوم مهاجمتر باشد. عود این تومور به نظر می‌رسد به چند عامل بستگی داشته
 باشد: ۱- روش درمانی ضایعه اولیه ۲- میزان گسترش ضایعه ۳- محلی که تومور از آن منشأ
 می‌گیرد.

در جراحی ضایعه پیشنهاد شده که آملوبلاستوما همراه با یک حاشیه از استخوان نرمال و
 عاری از حاشیه تومور به میزان حداقل یک سانتی‌متر برداشته شود و مرزهای بافت نرم ضایعه
 هم ممکن است توسط Frozen section برای اطمینان از حذف کامل تومور مورد آزمایش قرار
 گیرد(۶ و ۱).

در جراحی آملوبلاستوما به صورت کورتاژ میزان عود در حد ۶۰٪ گزارش شده در صورتی که
 متعاقب Resection کامل در حد ۵۰٪ می‌تواند عود داشته باشد(۷،۸ و ۶). به همین علت عده‌ای
 از محققان عقیده دارند که درمان اولیه آملوبلاستوما حتی المقدور بایستی رادیکال باشد(۹).
 در خصوص مواردی از آملوبلاستوما که غیرقابل جراحی (Inoperable) تشخیص داده شود
 عده‌ای از محققان عقیده بر انجام رادیوتراپی دارند ولی عده‌ای دیگر معتقدند که رادیوتراپی
 همراه با جراحی در بیمارانی که عود تومور داشته باشند مفید است(۵ و ۱).

جهت تشخیص ضایعات عودکننده هر سال دوبار معاینه کلینیکی و رادیولوژیک برای سال

اول و برای مابقی عمر هر سال یک بار پیشنهاد شده است (۴ و ۶).

عود تومور در پیوندهای استخوانی اتوزن یافته‌ای نادر است و در همه موارد گزارش شده عود سالها بعد از جراحی اولیه اتفاق افتاده است. پاتوژنز آملوبلاستومای عود کننده را که پیوند استخوانی را درگیر کرده به سادگی نمی‌توان توضیح داد و این پدیده به صورت مشخصی مرتبط با این تومور نمی‌باشد. محققان متعددی گزارش کرده‌اند که کاشته شدن تومور بایستی به عنوان مهمترین عامل در عود آملوبلاستوما در پیوند استخوانی مدنظر باشد و علی‌رغم خاصیت تهاجمی کم‌شان که به وسیله رشد آهسته آنها نشان داده شده، این ضایعات عودکننده بایستی خطرناک تلقی شود، چون می‌توانند منجر به شکست پیوند استخوانی گردد (۷ و ۱۰). از طرف دیگر کاشته شدن سلول‌های تومورال در محلی دورتر از تظاهر اولیه تومور مثلاً در ناحیه گودی گیجگاهی (Temporal fossa) و ناحیه اطراف چشم نیز گزارش شده است (۵ و ۱۱).

در جدول شماره ۱ ضمن مرور گزارش موارد عود آملوبلاستوما در پیوندهای استخوانی اتوزن ملاحظه می‌شود که فاصله زمانی عود می‌تواند از هفت الی ۳۶ سال متفاوت باشد (۷ و ۱۲).

جدول ۱ - یافته‌های قابل توجه در آملوبلاستومای عودکننده در پیوند استخوان اتوزن در گزارشهایی که تاکنون شده است

ردیف	نویسنده	جنس بیمار	محل وقوع اولیه	سن وقوع اولیه (سال)	مدت زمان عود تومور (متعاقب پیوند سال)
۱	Grafft, etal	F	سمت چپ فک پایین ناحیه مولرها	۱۵	۱۳
۲	Cravalho, etal	F	سمت چپ فک پایین	۵۲	۲۰
۳	Marinelli, etal	M	سمت چپ فک پایین ناحیه مولرها	گزارش نشده	۱۲
۴	Seta	F	سمت چپ فک پایین ناحیه Body	۳۹	۷
۵	Zechariades	M	سمت چپ فک پایین ناحیه راموس	۲۶	۳۶
۶	Bianchi, etal	F	سمت راست فک پایین	۱۹	۲۷
۷	مقاله حاضر	F	سمت راست فک پایین ناحیه Body	۲۷	۱۰

نتیجه گیری

آملوبلاستومای فک که توموری ادنتوژنتیک و خوش خیم و موضعاً مهاجم می باشد تمایل زیادی به عود، متاستاز و حتی تغییرات بدخیمی دارد و دارای درجه عود بالایی است، عود تومور می تواند علی رغم روشهای درمانی مختلف اتفاق بیافتد گر چه میزان عود متعاقب Block resection کمتر از درمان به روش کورتاژ و انوکلیه کردن است.

بنابراین در هر بیمار انتخاب جراحی مناسب برای بیمار بر اساس سن، وضعیت عمومی بیمار، تنوع کلینیکوپاتولوژیک تومور، محل و میزان گستردگی تومور بایستی انجام گرفته و با توجه به وضعیت عود در این تومور طرح درمان مناسب و جراحی دقیق بر هر نوع کوشش برای بازسازی محل عمل ارجحیت دارد تا شانس شکست در درمان به خاطر عود کاهش داده شود، همچنین در مرحله پس از عمل، معاینه منظم بیمار و تذکر احتمال وقوع عود آن به بیمار از اهمیت خاصی برخوردار بوده و معاینه طولانی مدت سال اول بعد از عمل دوباره و متعاقباً هر سال یک بار تا پایان عمر را نبایستی فراموش کرد.

* * *

REFERENCES

1. http://cpmc.net.columbia.edu/dept/Dental-Educational-software/CDR_journal_96/torkel.html 4, may, 2003.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral pathology: Clinical pathologic correlation, 3rd ed. Philadelphia: W B. Saunders Company; 1999, 323-326.
3. Becelli R, Carboni A, Cerulli G, Perugini M, Iannetti G. Mandibular ameloblastoma: Analysis of surgical treatment carried out in 60 patients between 1977 & 1998. J Craniofac Surg 2000; 13(3): 395-400.
4. Cawson RA, Odell EW. Essential of oral pathology and oral medicine, 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998, 117-120.
5. Mallick JA, Ali SA. Ameloblastoma-Management and review of literature. J Pakist Med Assoc 2002; 52(10): 511-14.
6. Peterson LJ. Principle of oral and maxillofacial surgery, Vol2. Philadelphia: Lippincott Company; 1992; 694-698.
7. Bianchi SD, Tarello F, Polastri F, Valente G. Ameloblastoma of the mandible involving an autogenous bone graft. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56:1187-1191.
8. Vasan NT. Recurrent ameloblastoma in an autogenous bone graft after 28 year: A case report. N Z Dent J 1995; 91(403): 12-13.
9. Hatada K, Nomah, Katakura A. Yamam, Takanom, Idey, et al. Clinical statistical study of ameloblastoma treatment. Bull Tokyo Dent Coll 2001; 42(2): 87-95.
10. Dolan EA, Angelillo JC, Georgiade NC. Recurrent ameloblastoma in autogenous rib graft. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981; 51(4): 357-60.
11. To EW, Tsang WM, Pang PC. Recurrent ameloblastoma presenting in the temporal fossa. Am J Otolaryngol 2002; 23(2): 105-7.
12. Zachariades N. Recurrences of ameloblastoma in bone grafts Report of 4 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 1988; 17(5): 319-8.
